Ueber Indikation und Anwendung von Gaumenverschlüssen bei angeborener Spaltbildung.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER

WÜRDE DES DOKTORS DER ZAHNHEILKUNDE

DER

HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

AN DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT
ZU BERLIN

BIBLIOTHEEK RIJKS UNIV. LEIDEN

vorgelegt von

Ernst Ihden,
Zahnarzt in Berlin-Spandau.

Tag der Promotion: 30. Juni 1921.

Hermann Blanke's Buchdruckerei, Berlin C. 54,
Kleine Rosenthalerstr. 9.

569

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität Berlin.

Prodekan: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rubner.

Referent: Professor Dr. Schröder.

Auszug.

Verfasser schildert nach kurzer Beschreibung der angeborenen Spaltbildungen die auftretenden Störungen, deren Beseitigung auf operativem oder prothetischem Wege zu erfolgen hat. Entscheidend für die eine oder andere Art der Behandlung ist die Form, Lage und Ausdehnung des Defektes, ferner auch das Alter des Patienten. Bei Neugeborenen ist die geringe Widerstandsfähigkeit des kleinen Patienten eine Kontraindikation für die operative Behandlung. Vorzuziehen ist daher bei Neugeborenen die prothetische Behandlung, die sich durchaus bewährt hat und eine regelrechte Durchführung des Sauggeschäftes gewährleistet. Im späteren Alter bietet die Operation bessere Aussichten, und zwar ist wohl allgemein anerkannt, dass im frühen Kindesalter, also im 3. oder 4. Lebensjahr, bessere funktionelle Erfolge durch die Operation erzielt werden als beim Erwachsenen. Wenn auch die Vereinigung der Spaltränder auf operativem Wege in vielen Fällen gelingt, so bedeutet das nicht immer den gewünschten funktionellen Erfolg. Die Sprache bleibt trotz methodischer systematischer Sprachübungen und Massage des operierten weichen Gaumens mangelhaft und näselnd. Es sind nur verhältnismässig wenig Fälle zu verzeichnen, in denen eine normale, gut verständliche Sprache erzielt worden ist.

Diesem Umstande ist es zuzuschreiben, dass heute noch der künstliche Gaumenverschluss eine grosse praktische Bedeutung hat, zumal da mit seiner Hilfe in der Tat die abnorme Sprache oft so gebessert werden kann,

dass man den bestehenden Fehler kaum bemerkt. Voraussetzung ist natürlich immer, dass der künstliche Verschluss den anatomisch-physiologischen Verhältnissen zweckmässig und richtig angepasst ist.

Verfasser führt im einzelnen aus, nachdem er die Bildung der Sprache unter normalen Verhältnissen klargelegt hat, in welchem Masse und in welchem Umfange die Muskulatur bei bestehender Defektbildung zur Wirkung kommt. Es ergibt sich dabei, dass an dem Wesen und der Eigenart der Funktion der einzelnen Muskeln sich im Prinzip nichts geändert hat, dass aber entsprechend der Grösse und dem Umfange des Defektes eine mehr oder minder starke Beteiligung dieser oder jener Muskelgruppe ein Ueberwiegen der einen vor der anderen leicht möglich macht und graduelle Abweichungen vom Normalen die Regel sind. Dazu kommt, dass infolge chronisch-entzündlicher katarrhalischer Vorgänge die aktive Tätigkeit einzelner Muskel oder Muskelgruppen gelegentlich so herabgesetzt ist, dass ihre Funktion gleich Null ist. Dass die individuell vorliegenden Verhältnisse massgebend sind für die Wahl des anzuwendenden Mittels, liegt auf der Hand.

Verfasser unternimmt es nun, nachdem er die wichtigsten prinzipiell verschiedenen Methoden eingehend beschrieben hat, diese in Beziehung zu bringen zu den vorkommenden Möglichkeiten der Defektbildung und der durch sie bedingten Tätigkeit und Inanspruchnahme der noch vorhandenen Musknlatur. Er unterscheidet im wesentlichen das Kingsley'sche und das Suersen-sche Prinzip. Das Kingsley'sche Prinzip, das in der Hauptsache in dem Ersatz des fehlenden Velums besteht, erscheint dann angezeigt, wenn eine grosse und starke Beweglichkeit der Spaltränder vorhanden ist, wenn also die Möglichkeit besteht, die Muskulatur des weichen Gaumens, die Tensoren und Levatoren zur Hebung und

Senkung des künstlichen Velums auszunutzen. Das Suersen'sche Prinzip dagegen, das in der Hauptsache auf der Erkenntnis aufgebaut ist, dass ausser der Muskulatur des Velums auch die der hinteren Rachenwand in hervorragender Weise an dem Abschluss der Mund- und Nasenhöhle beteiligt ist, scheint dann indiziert, wenn der weiche Gaumen nur geringe Beweglichkeit und Kraftentwicklung, die Pharynxmuskulatur dahingegen eine gute funktionelle Tätigkeit aufweist.

Allerdings muss hier bemerkt werden, dass der vor der prothetischen Behandlung vorhandene Zustand der Gaumen- und Rachenmuskulatur nicht unbedingt massgebend für die in ihnen ruhenden Kräfte ist. Denn es zeigt sich oft, dass erst nach dem Einsetzen des künstlichen Verschlusses, erst wenn der Muskulatur Gelegenheit gegeben ist, gegen den Fremdkörper anzuwirken, eine auffallend kräftige Entwicklung, eine Hypertrophie einsetzt, die funktionell überaus günstig wirkt.

Zum Schluss wird die Frage der Kombination des Kingsley'schen mit dem Suersen'schen Prinzip erörtert. Ihre technische Lösung ist auf die verschiedenste Art versucht worden mit mehr oder minder gutem mechanischen Erfolg. Sie erscheint besonders dann indiziert, wenn beide Muskelgruppen, ebenso die des weichen Gaumens wie die der hinteren Rachenwand, von vornherein eine gute Funktion aufweisen. Es hat sich aber immer wieder gezeigt, dass es ein gesunderes Prinzip ist, durch einen geschickt angelegten festsitzenden Obturatorkloss der Muskulatur Gelegenheit zur Ausbildung und zu maximaler Leistung zu geben, als den Versuch zu machen, durch mechanisch leicht bewegliche Körper die Tätigkeit der Muskulatur zu ergänzen.

Lebenslauf.

Ich, Ernst Ihden, bin am 30. August 1885 in Gaarden bei Kiel geboren, habe das Realgymnasium in Güstrow in Mecklbg. bis zur Prima besucht und in Berlin von Ostern 1904—1907 Zahnheilkunde studiert. Am 27. Mai 1907 bestand ich in Berlin das Staatsexamen mit dem Prädikat „Sehr gut". Nachdem ich meiner Militärpflicht beim Holsteinschen Feld-Artillerie-Regiment Nr. 24 genügt hatte, wurde ich am 1. Dezember 1908 Assistent in der Technischen Abteilung des Zahnärztlichen Instituts der Berliner Universität; vom 1. April 1911 bis 1. August 1914 war ich unbesoldeter Assistent. Seit November 1910 praktiziere ich in Spandau. Während des Krieges war ich als Militärzahnarzt Leiter der Zahnstation des Reserve-Lazaretts II in Spandau, erhielt im Dezember 1916 das Eiserne Kreuz am weissen Bande und im Mai 1918 das Mecklenburgische Militärverdienstkreuz am roten Bande. Anfang Juli 1920 bestand ich die Reifeprüfung an der Oberrealschule in Spandau.